

Conteste Estas Preguntas

1. ¿Se ha cambiado de casa desde en año pasado? SÍ NO
Si responde SÍ, escriba su nueva dirección aquí.
-
2. ¿Ha incluido ajunto prueba de su ingreso? **Tiene que** proveer pruebas de su ingreso (por ejemplo, sus recibos de pago más recientes). Si no tiene ningún ingreso, marque esta casilla.
3. ¿Paga más por cuidado infantil o por cuidado de alguien de la tercera edad el año pasado? Si responde SÍ, tiene que adjuntar recibos para recibir esta deducción. SÍ NO
-
4. ¿Ha cambiado su estatus de inmigrante? SÍ NO
Si ha cambiado, indíquenos quién ha tenido el cambio.
-
5. ¿Alguien tiene Medicare or seguro? Si responde SÍ, incluya adjunto copias de sus tarjetas de Medicare o seguro privado. **Nota:** todavía puede recibir Medicaid de DC si tiene otro seguro. SÍ NO
6. **Para clientes de tercera edad/personas discapacitadas, Alliance y los de 50-64 años:** ¿Tiene \$1,000 o más en bienes líquidos? Si responde SÍ, incluya adjunto pruebas de bienes (por ejemplo, estado de cuenta del banco). SÍ NO

Firme Aquí

Creo que toda la información en este formulario de dos páginas es correcta. He informado de todos mis cambios en este formulario. Sé que si doy información falsa, puedo estar violando la ley.

X _____
Firma Fecha

Su teléfono: _____